



ANTRAG für ein Persönliches Budgets gemäß § 29 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Ich beantrage Leistungen der

Eingliederungshilfe gemäß § 102 SGB IX Hilfe zur Pflege gemäß § 63 SGB XII

in Form eines Persönlichen Budgets, um diese selbst zu organisieren und zu bezahlen.

| Persönliche Angaben zur antragstellenden Person | | | |
|--|--|--|--|
| Familiennamen (ggf. Geburtsnamen angeben) | | Vorname(n) | geboren am |
| Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon) | | | |
| erwerbsgemindert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | pflegebedürftig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Pflegegrad _____ | schwerbehindert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - GdB _____ Merkzeichen _____ | krankenversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - bei Versicherung _____ |

| Betreuer / Vormund <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen |
|---|
| Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten) |

| Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in: |
|---|
| Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten) |
| _____ |

| Konkrete Beschreibung der Hilfe (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen) |
|---|
| Welche konkrete Leistung soll selbst organisiert werden? Wer erbringt die Leistung? |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers

(§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX):

Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

 Nein Ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Falls Nein: Wurden in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

 Nein Ja

von _____ bis _____

und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht in Anspruch genommen?

 Nein JaFalls Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den **zwei Monaten** vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, OrtZutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter

| Antragseingang: | | ergänzend, wenn Antrag in der Behörde entgegengenommen wird: | |
|-----------------|---------|--|--------------|
| Datum | Stempel | Name | Unterschrift |
| | | | |

Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Angabe von Tatsachen

–

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.